

Article

« Réinsertion sociale : programme d'action pour permettre aux patients psychiatriques d'acquérir des habiletés fonctionnelles et relationnelles »

Suzanne Thibodeau-Gervais, Daniel Latulippe et Claudette Vincent

Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 1, 1994, p. 145-156.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032300ar>

DOI: 10.7202/032300ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Réinsertion sociale: programme d'action pour permettre aux patients psychiatriques d'acquérir des habiletés fonctionnelles et relationnelles

Suzanne Thibodeau-Gervais*

Daniel Latulippe**

Claudette Vincent***

Depuis l'élaboration de nouvelles politiques en matière de santé mentale, un rapprochement avec le milieu communautaire s'amorce pour faciliter le processus de réinsertion sociale des personnes ayant des problèmes psychiatriques. Cet article décrit un projet d'intervention pour favoriser le développement d'habiletés fonctionnelles et relationnelles des malades dans un milieu parahospitalier: les appartements supervisés. L'objectif de cette action est de favoriser chez l'individu une réflexion sur sa situation et surtout lui permettre d'acquérir et d'expérimenter un certain savoir-faire pour s'intégrer dans son milieu. Ce projet d'intervention a été réalisé par le service social psychiatrique de l'hôpital Notre-Dame, département de psychiatrie et Maison l'Échelon Inc., organisme sans but lucratif gérant des groupes d'appartements supervisés pour des patients psychiatriques.

La désinstitutionnalisation de la clientèle psychiatrique, c'est-à-dire le fait de redonner au milieu naturel et social la responsabilité des malades psychiatriques, nous a forcés à créer des services d'hébergement adaptés aux besoins de cette population. Mais là ne peut s'arrêter le processus de réinsertion sociale: pour vivre dans la communauté, il faut quotidiennement exécuter des tâches qui exigent des habiletés sans lesquelles on ne peut assurer un équilibre de vie.

* Suzanne Thibodeau-Gervais, détentrice d'une maîtrise en service social, est travailleuse sociale à l'hôpital Notre-Dame de Montréal. Elle est aussi responsable du programme des appartements supervisés pour adultes et aînés(es) et du programme d'appartements-relais.

** Daniel Latulippe est intervenant communautaire à la Maison l'Échelon.

*** Claudette Vincent est ergothérapeute à l'hôpital du Haut-Richelieu à St-Jean-sur-Richelieu.

Ces habiletés dites *fonctionnelles* sont celles qui permettent de mieux vivre le quotidien: alimentation, hygiène personnelle, entretien ménager, gestion financière, soins de santé. De plus, il existe des habiletés dites *relationnelles*, soit celles qui permettent de communiquer avec les gens qui gravitent autour de nous, soit la famille immédiate ou élargie, les fournisseurs, les amis, les services communautaires ou de loisirs.

Pour remédier aux désavantages sociaux de nos patients, nous mettons de l'avant une *approche dynamisante*, c'est-à-dire que nous orientons notre intervention vers un progrès, vers une plus grande efficacité des comportements nécessaires à la réinsertion sociale. Nous avons choisi une formule dite de *groupe d'apprentissage*, qui favorise l'acquisition d'habiletés fonctionnelles et relationnelles.

Notre propos vise donc à décrire une expérience ayant comme base de réflexion une problématique sociale chez une clientèle psychiatrique en processus de réinsertion sociale. Cette expérience s'inscrit dans la recherche de moyens provenant de préoccupations professionnelles. Ainsi, nous décrivons les moyens utilisés pour tenter d'inculquer aux patients psychiatriques une plus grande autonomie, dans le but d'améliorer leur qualité de vie et de limiter le nombre et la durée des réhospitalisations.

Origine de l'expérience

L'usage d'appartements supervisés pour des patients psychiatriques date de 1983, à la suite d'une étroite collaboration entre l'hôpital Notre-Dame, le Centre des services sociaux du Montréal métropolitain et la Maison l'Échelon Inc. Ce dernier, organisme sans but lucratif, a recours à l'intervention communautaire pour favoriser l'acquisition de la plus grande autonomie possible de l'individu et sa participation active au processus de réinsertion sociale, par le soutien d'intervenants communautaires. Pour cela, il préconise l'acquisition d'apprentissages, le développement de meilleurs rapports sociaux et l'intégration d'un sentiment d'appartenance de ces patients à leur milieu de vie.

La grande majorité des patients référés au programme des appartements supervisés souffrent de schizophrénie. Quelques-uns ont des diagnostics de maladie bipolaire et d'autres, d'état limite (*borderline*).

Lors de l'étude des dossiers et des discussions cliniques au sein des comités de sélection des patients référés au programme, on nous

a fait observer que les principaux problèmes de réinsertion sociale des bénéficiaires découlent de leur faible capacité à se prendre en charge et à gérer leur quotidien: hygiène personnelle, alimentation, entretien ménager, budget, gestion de la médication, etc.

Buts et hypothèses

En 1984, un projet pilote intitulé «groupe d'apprentissage des habiletés de base» fut mis sur pied par des professionnels de différentes disciplines: service social, ergothérapie et interventions communautaires. L'approche se centrait sur trois thèmes: les habiletés pour vivre le quotidien, les besoins de l'individu et les apprentissages à réaliser pour améliorer sa qualité de vie.

Nous avons choisi d'intervenir en mettant sur pied des ateliers regroupant de 6 à 12 patients. Nous voulions privilégier l'aspect éducatif, mais sans minimiser l'échange de renseignements entre les membres du groupe, favorisant ainsi la communication, l'interaction chez une population ayant des difficultés au niveau des habiletés relationnelles.

Les principales questions soulevées furent les suivantes:

1. Malgré le retrait social important des personnes schizophrènes, réussira-t-on à les faire participer à un atelier en groupe?
2. Une fois qu'on leur aura enseigné les habiletés fonctionnelles, réussira-t-on à optimiser leur fonctionnement quotidien en appartement supervisé?
3. Une meilleure qualité de vie, obtenue grâce à des habiletés fonctionnelles et relationnelles, peut-elle diminuer le nombre de rechutes nécessitant une hospitalisation?
4. Et, s'il y a rechute, pourrait-on limiter la durée de l'hospitalisation en sachant que le patient a de meilleurs moyens pour vivre seul en appartement?

Aspects théoriques

On assiste actuellement à un questionnement de la part des différents intervenants engagés dans le processus de réinsertion sociale des personnes souffrant de maladie mentale et vivant la désinstitutionnalisation.

La philosophie humaniste, de par ses principes théoriques, propose à l'individu de se responsabiliser, d'acquérir une meilleure maîtrise de soi et de son environnement. Elle répond bien aux prémisses

ses de notre intervention. Maslow définit la *motivation* comme un déterminant puissant du comportement humain. Sa théorie est basée sur les besoins de l'individu. Selon lui, l'homme a de perpétuels désirs. Cet auteur affirme également que le comportement humain est tributaire des effets de l'hérédité et de l'environnement. Il insiste pour considérer la personne dans sa globalité.

Les besoins de l'individu sont hiérarchisés: un besoin doit être suffisamment satisfait pour qu'un autre puisse émerger. Maslow propose une séquence d'intégration de l'individu. Les besoins physiologiques (air, eau, nourriture, abri, sommeil, sexe) doivent être satisfaits d'abord. S'ils ne le sont pas, les autres peuvent disparaître ou être mis en veilleuse. Pour compléter cette hiérarchie, il existe cinq niveaux de besoins psychologiques: sécurité, amour, appartenance, estime de soi et des autres et épanouissement.

Les pré-conditions pour la satisfaction des besoins sont la liberté de parler, d'agir, de chercher des informations, de se défendre et de maintenir un ordre dans le groupe.

Les capacités cognitives (perceptuelles, intellectuelles et d'apprentissage), qui sont des outils d'ajustement, de même que le degré de proximité par rapport à l'environnement humain font également partie des conditions essentielles à la gratification des besoins.

Nous avons aussi fait référence, en mettant sur pied ces ateliers, à quelques principes tirés de la théorie de Rogers: la conviction que l'homme est un être digne de confiance, qui a en lui-même toutes les ressources pour se comprendre, changer et s'épanouir. Notre rôle est ici de favoriser l'auto-direction de la personne. Nous sommes des guides favorisant chez l'aidé une meilleure connaissance et une meilleure appréciation de ses capacités et de ses ressources.

Nous adhérons aussi à plusieurs concepts relevant de l'approche comportementale. Ce schéma de référence est dirigé vers la performance des rôles sociaux, basée sur le principe que l'individu a besoin d'habiletés spécifiques pour interagir adéquatement et de façon satisfaisante avec son environnement. Ce principe rejoint bien les personnes souffrant de schizophrénie. Les bénéficiaires présentent souvent leurs premiers épisodes psychotiques au début de l'âge adulte. Ils n'ont pas encore achevé leur maturation au niveau de l'identité sur le plan social. Ainsi, pour eux, différents rôles sociaux sont mal définis et, de plus, ils ne connaissent pas toujours les habiletés reliées à ces rôles.

Les habiletés sociales regroupent les habiletés de communication, d'affirmation de soi, de prise de décisions et de la résolution de problèmes.

Les thérapeutiques les plus utilisées lors de ces interventions sont le conditionnement classique et opérant. Plusieurs techniques permettent d'atteindre les buts thérapeutiques visés: renforcement positif ou négatif, façonnement (*shaping*), imitation sociale, entraînement à l'affirmation de soi, résolution de problèmes, jeux de rôles.

Les nouvelles politiques en matière de santé mentale nous apportent des éléments de réflexion. Elles définissent les lignes directrices de l'implantation d'une pratique plus individualisée, dont l'acteur principal est l'individu malade. Cette étude redonne à la personne un pouvoir important sur l'évolution de sa guérison: pensons seulement au processus actuel d'implantation du plan de soins individualisés (P.S.I.). Ce dernier exige que la personne soit considérée dans sa globalité, qu'elle soit accompagnée dans les lieux qui sont significatifs pour elle, qu'elle participe activement à son traitement psychiatrique et à son plan de réinsertion sociale.

Dans cette perspective, nous croyons qu'une action concertée des différents milieux responsables de l'intervention (Centre des Services sociaux, Centres locaux de services communautaires, hôpitaux, ressources intermédiaires, organismes sans but lucratif, ressources communautaires et alternatives) peut amener le bénéficiaire à retrouver son autonomie et à redevenir un individu responsable. Nous sommes bien conscients que le concept de normalité est relatif, en raison notamment de la plus grande vulnérabilité au stress des personnes traitées en psychiatrie. Notre clientèle pourra donc retrouver un espace social satisfaisant, compte tenu de son potentiel et de ses limites. Dans un tel contexte, il faut donc que nos objectifs soient réalistes et réalisables.

Objectifs du groupe

Les groupes d'apprentissage sont de type éducationnel, situant thérapie et éducation sur un continuum. Les bénéficiaires ont donc été invités à poursuivre une démarche active pour tenter d'identifier les problèmes fonctionnels qu'ils vivent dans leur quotidien.

Les objectifs visés dans ces groupes se définissent comme suit:

1. Renforcer le contact avec la réalité dans le milieu de vie du bénéficiaire, c'est-à-dire amener l'individu à se prendre en charge et à assurer son quotidien;

2. Développer les habiletés de base nécessaires pour la réalisation des activités de la vie quotidienne; stimuler la mémoire, la concentration, la capacité de suivre des directives; améliorer la tolérance aux frustrations;
3. Informer et encourager le bénéficiaire à participer aux organismes communautaires existants, tant pour les activités de la vie quotidienne que pour les loisirs, afin d'améliorer son autonomie et sa qualité de vie;
4. Favoriser les interactions de groupe afin de créer un milieu propice à la socialisation, à un partage des responsabilités;
5. Développer les capacités d'affirmation de soi et de résolution de problèmes dans des situations quotidiennes;
6. Intégrer l'individu dans un processus de croissance personnelle visant à identifier ses forces et ses faiblesses, afin qu'il découvre des moyens pour s'épanouir davantage dans son milieu de vie;
7. Le soutenir tout au long de ce processus d'acquisition de nouvelles habiletés.

L'objectif global est donc de faciliter la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques, en contribuant à une réinsertion sociale efficace et durable.

Caractéristiques de la population visée

Les participants à cette expérience d'ateliers étaient des hommes et des femmes souffrant de maladie mentale, principalement de schizophrénie. Les âges variaient de 18 à 65 ans. Ces patients n'avaient pas les capacités pour vivre seuls, sans une structure de soutien communautaire. Ils avaient été acceptés en appartements supervisés dans un programme de réinsertion sociale. Tous recevaient des prestations d'aide sociale. La majorité ne pouvait compter sur l'aide d'un milieu familial ou social.

Stratégie d'intervention

Premier atelier

Le mode choisi pour cet atelier était de type éducationnel. La préparation d'un repas a été une occasion de rassemblement et d'émulation des sujets.

Nous avons donc regroupé huit participants, hommes et femmes, souffrant en majorité de schizophrénie paranoïde: leur âge va-

riaient de 20 à 50 ans. La plupart étaient célibataires, recevaient des prestations d'aide sociale et leur réseau social était limité.

Ce groupe fermé a existé durant huit semaines. Le temps consacré à chaque atelier était de deux heures et demie par semaine.

L'atelier se déroulait en quatre étapes: groupe de discussion avec proposition d'un thème chaque semaine sur le vécu quotidien des individus, préparation du repas par les participants, repas communautaire et retour au thème du début de la rencontre. Les thèmes proposés lors des discussions concernaient les besoins de base dans la vie d'un individu et les solutions pour y répondre, l'organisation du quotidien, les activités de tous les jours, les loisirs, l'identification de ses propres forces et faiblesses, les moyens pour élargir son réseau social et les projections dans le futur.

Deuxième atelier

Pour mieux répondre aux problèmes des dix participants de cet atelier, nous avons favorisé l'échange à l'intérieur du groupe comme moyen d'apprentissage. Certains de ces patients souffraient de schizophrénie et quelques-uns de maladie affective. Les thèmes d'échange choisis ont gravité autour de l'affirmation de soi, la prise de décision et la résolution de problèmes: discussions sur les ressources de son quartier (alimentation, loisirs), communication d'expériences face aux études et au travail, problèmes fonctionnels vécus quotidiennement, stratégies pour contrer sa solitude, etc.

Il y a eu quatre autres expériences de groupe d'apprentissage pour des patients perturbés ayant des problèmes fonctionnels majeurs.

À titre d'exemple, voici le programme du dernier groupe. Celui-ci a été conçu et animé en janvier 1992 par M. Daniel Latulippe, intervenant communautaire, et Mme Sara Liebman, ergothérapeute à l'hôpital Notre-Dame.

Nutrition: (A). «Bien manger, qu'est-ce que ça veut dire?»
(B). «Manger et se soigner»
Personne-ressource: Mme Louise Beauchemin,
Service de diététique de l'hôpital Notre-Dame.

Communication: (A). «L'art de la conversation.»
(B). Exprimer ses besoins, ses attentes, ses limites, être capable de dire non et se sentir bien»
Pour ces deux rencontres nous avons utilisé un

vidéo du Centre hospitalier L.H. Lafontaine: **S'affirmer et communiquer.**

- Sommeil:** «Bien dormir, comment s'y prendre»
Séance dirigée par M. Daniel Latulippe.
- Premiers soins:** (A). «Un petit «bobo», un léger malaise»
(B). «L'hygiène, la prévention»
Personne-ressource: Mme Rollande Bédard, infirmière à l'hôpital Notre-Dame.
- Autonomie:** «L'autonomie: bouger, vivre, agir, exprimer»
(avec l'aide du théâtre).
Groupe-ressource: «L'Auguste théâtre»: groupe de comédiens se spécialisant en action-théâtre, afin de répondre à des commandes spécifiques.

Les rôles des intervenants dans ces groupes d'apprentissage sont les suivants:

- La travailleuse sociale responsable de la coordination du programme des appartements supervisés offre un soutien facilitant la mise sur pied de l'activité. Elle fait, au besoin, le lien avec les professionnels du milieu hospitalier.
- L'ergothérapeute intervient à différents stades: évaluation des besoins et du fonctionnement global des individus, mise sur pied de programmes spécifiques pour augmenter l'autonomie des bénéficiaires, analyse des interférences sur le fonctionnement de l'individu créées par la pathologie existante et recommandations dans le suivi des bénéficiaires.
- L'intervenant communautaire travaille dans une perspective de continuité avec l'équipe hospitalière. Sa relation d'aide vise à développer les habiletés fonctionnelles et relationnelles: alimentation, hygiène personnelle, entretien ménager, budget, gestion de la médication, etc. Ainsi, cette population psychiatrique peut acquérir des capacités pour vivre en appartement et parvenir graduellement à une meilleure autonomie.

Résultats et discussion

Pour analyser les résultats de cette expérience, nous nous sommes appuyés sur:

1. les réponses à un questionnaire établi avant et après la tenue des ateliers;
2. des observations sur le déroulement de l'activité de groupe;

3. le suivi de l'intervenant communautaire (voir plus haut la description du rôle de celui-ci).

Ces éléments ont permis de préciser l'influence de ces interventions sur la distribution des services de réadaptation et leur articulation avec le milieu communautaire.

Les données recueillies démontrent que le programme a favorisé chez l'ensemble des individus une reprise en charge de leur quotidien; il les a amenés à mieux gérer leur alimentation et à créer des liens relationnels entre les membres du groupe. Ils ont acquis des habitudes de vie plus stables. Ils ont mieux conscience de la réalité, grâce à des activités concrètes de la vie de tous les jours qui ont eu comme résultat d'améliorer leurs habiletés.

Nos observations des patients et nos révisions régulières du plan de service individualisé nous ont permis de constater qu'il y a eu moins de rechutes et donc moins de visites à la salle d'urgence. Lors de rechutes, le séjour à l'unité d'hospitalisation a été souvent moins long. Évidemment, ces constatations sont seulement fondées sur nos observations; nous espérons que, dans un avenir rapproché, une recherche scientifique faite au Québec pourra confirmer celles-ci de façon exacte.

En second lieu, nous avons observé un changement dans les objectifs poursuivis par les groupes. Les premiers groupes visaient davantage le développement des habiletés de base nécessaires à la réalisation des activités de la vie quotidienne et de loisirs, tandis que les trois derniers s'attaquaient à des problèmes tels que la solitude et l'établissement de liens relationnels plus durables avec l'entourage.

Nous croyons qu'il faut constamment réévaluer les besoins — pour réajuster les services offerts. Les premiers groupes se composaient à 50 % de personnes qui étaient en phase d'intégration au programme et qui avaient reçu depuis peu leur congé de l'hôpital. Le groupe leur a permis de parvenir à une plus grande prise de conscience sociale, de se sensibiliser à leurs propres besoins et de développer les outils nécessaires pour réussir à vivre seul en appartement. Dans les cinquième et sixième groupes, les bénéficiaires ont identifié l'aspect social comme prioritaire. Il s'agissait à 75 % de personnes stabilisées sur le plan psychiatrique. Celles-ci ont trouvé valorisant les échanges sur leurs conditions de vie, leurs rôles sociaux, leurs activités quotidiennes; ces échanges leur ont offert une occasion unique de faire confiance aux autres et d'établir des relations sociales.

Durant ces ateliers s'est établie une vie de groupe. Nous avons observé certaines alliances, qui ont favorisé l'établissement d'un milieu de vie où l'individu était amené à découvrir ses possibilités et à juger de ses limites. Les participants ont fait des apprentissages et envisagé des solutions face aux embûches du quotidien.

Un élément a retenu notre attention plu spécialement dans le questionnaire initial: une surévaluation par certains bénéficiaires de leurs habiletés fonctionnelles et interactionnelles. Il faut donc apprivoiser la personne, l'inclure dans une démarche où elle a son mot à dire pour que, graduellement, elle soit amenée à comprendre qu'elle possède des forces, qu'elle peut s'épanouir différemment. Dans ce processus, une concertation des différents milieux concernés est particulièrement importante.

La méthode d'intervention que nous avons décrite ici a certes amélioré visiblement le comportement de ces patients, comme l'ont noté le psychiatre traitant, le travailleur social, l'ergothérapeute et l'intervenant communautaire. Pourtant l'impact d'un tel programme pourrait passer inaperçu pour le non-initié. Pour les fins de ce travail, les indicateurs sociaux sont plutôt qualitatifs que quantitatifs.

Conclusion

Compte tenu des résultats obtenus, nous considérons que cette forme d'intervention est très efficace. Évidemment, elle ne constitue qu'un volet de l'intervention globale mais elle est nécessaire, puisque la majorité des patients psychiatriques préfèrent de beaucoup vivre dans un environnement normalisant au sein de la collectivité plutôt qu'en milieu institutionnel. Ainsi, nous sommes d'avis que le partenariat entre plusieurs disciplines est nécessaire pour réaliser un programme valable d'intégration sociale.

C'est là la particularité de notre action: l'hôpital Notre-Dame s'engage avec une ressource intermédiaire, en prolongeant l'intervention thérapeutique auprès du patient. Celle-ci se caractérise par la participation de professionnels de la santé qui fournissent de l'aide au groupe selon leurs spécificités: par exemple, le chef du département de psychiatrie donne des informations aux patients sur la médication; une diététicienne de l'hôpital Notre-Dame leur donne des conseils pour améliorer leur alimentation; une infirmière propose des solutions à des problèmes mineurs de santé.

De plus, cette expérience, menée principalement avec des schizophrènes chroniques, a démontré que ceux-ci ont des capacités

inexploitées. La phase exploratoire qui avait pour but de développer les habiletés de base d'une population psychiatrique, nous paraît maintenant terminée. Notre rôle d'accompagnement s'est traduit par un échange continu avec les participants à ces ateliers sur leurs besoins, pour les aider à réapprivoiser la réalité extérieure. Nous avons exploré avec eux des solutions les amenant à une plus grande autonomie.

Un programme d'action visant la plus grande autonomie possible de l'individu rencontre totalement les objectifs de la Réforme de la Santé et des services sociaux. De plus, au niveau administratif, les ressources financières minimales nécessaires à l'établissement de ces programmes ainsi que leur efficacité en garantissent l'efficience. En outre, ces interventions constituent sans doute un ajout thérapeutique en clinique externe et permettent un désengorgement de l'urgence, puisque le fait d'augmenter les compétences, de favoriser l'autonomie et d'améliorer la qualité de vie de cette population réduit le nombre d'hospitalisations et de réhospitalisations.

Notre expérience d'intervention en réinsertion sociale démontre donc qu'il est possible pour une population démunie, si elle bénéficie d'un soutien et d'un apprentissage, d'obtenir une meilleure qualité de vie en favorisant l'utilisation optimale de ses capacités fonctionnelles.

Nous croyons fermement que, pour cette clientèle, acquérir une certaine «liberté» — celle qu'on reconnaît aux gens autonomes — est une question de dignité. Rien ne peut remplacer leur besoin d'autonomie et leur besoin de vivre en harmonie avec leur environnement.

RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, 1986, *La santé mentale... à nous d'agir (le maintien dans la communauté)* Compte-rendu du colloque, Montréal.
- BERNARD, F., THERRIault, P.Y., 1986, Ergothérapie et éducation alimentaire: *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 53, 3 141-146.
- BURNS, T., RAFTERY, J., 1991, Cost of Schizophrenia in Randomized Trial of Home-Based Treatment, *Schizophrenia Bulletin*, 17, 3, 407-410.
- CARPENTER, M.D., 1978, Residential Placement for the Chronic Psychiatric Patient: A Review and Evaluation of the Literature, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 3, 384-398.
- COLLECTIF, 1986, *Les alternatives en santé mentale*, collection Nœud, Québec Amérique, Montréal.
- ELLENBERGER et al., 1981, *Thérapies occupationnelles*, Maloine ed., Paris.

- GAZETTE OFFICIELLE DU QUÉBEC, 1991, *Lois et règlements*, 40, Éditeur officiel du Québec.
- HODGINS, S., GASTON, L., 1987, Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de désordres mentaux, *Santé mentale au Québec*, 12, I, 124-134.
- MASLOW, A.H., 1987, *Motivation and Personality*, Harper and Row, New York.
- MERCIER, C., FILION, J., 1987, La qualité de la vie: perspectives théoriques et empiriques, *Santé mentale au Québec*, 12, I, 135-143.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Politique de santé mentale*, Bibliothèque nationale du Québec.
- MORIN, C., 1990, Établir un programme spécialisé de réadaptation: mission possible?, *Le transfert*, 14, 4.
- POIRIER, C., 1988, *Recherche sociale appliquée*, Commission d'enquête sur les Services de santé et les services sociaux.
- ROGERS, C.R., 1965, *Psychothérapie et relations humaines: théorie et pratique*, 2^e édition, Institut de Recherches psychologiques, Montréal.
- ROGERS, C.R., 1970, *Carl Rogers on Encounter Groups*, Harper and Row, New York.
- TEST, M.A., STEIN, L.I., 1978, *Training in Community Living: Research Design and Results in Alternatives to Mental Hospital Treatment*, Plenum Press, New York.

ABSTRACT

Social reintegration: A dynamic program helping psychiatric patients acquire functional and interpersonal skills

Since new mental health policies have been developed, government and community-based organizations appear to be working closer toward facilitating the social reintegration process regarding persons experiencing psychiatric problems. This article describes a project which fosters the development of a patient's functional and interpersonal skills in a para-hospital environment: supervised apartments. The program's objective is to encourage awareness of an individual's situation and especially to allow him or her to acquire and experiment a certain number of skills for the ultimate purpose of reintegrating the community. This project is carried out by the psychiatry department of Notre-Dame Hospital in collaboration with the Maison l'Echelon Inc., a non-profit organization that manages a group of supervised apartments for psychiatric patients.